FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année 1945

N° 1

THESE PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

DUPAS Eliane Simonne

née le 22 Avril 1903 à Saint Quentin (Aisne)

REMARQUES SUR L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE EN AUVERGNE 1940-1944

Président: M. ROHMER, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année 1945

N°1

THESE PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

DUPAS Eliane Simonne

née le 22 Avril 1903 à Saint Quentin (Aisne)

REMARQUES SUR L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE EN AUVERGNE 1940-1944

Président: M. ROHMER, Professeur

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Imprimé par H. Zimmermann, Waldshut

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. André FORSTER
Assesseur	P. ROHMER

Professeurs titulaires:

Clinique médicale B.	MM. AMBARD
Embryologie et tératologie	ANGEL
Clinique Neurologique	BARRE
Histologie	N...
Clinique O.R.L.	N...
Anatomie	FORSTER
Thérapeutique chirurgicale	FONTAINE
Chimie biologique	N...
Hygiène et bactériologie	OBERLING
Clinique dermatologique	PAUTRIER
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF
Clinique ophtalmologique	REDSLOB
Clinique d'obstétrique et maladie des femmes	KELLER
Clinique infantile	ROHMER
Pharmacologie et Médecine expérimentale	SCHWARTZ
Médecine légale et médecine sociale	SIMONIN
Hydrologie et climatologie	VAUCHER
Physique biologique	VLES
Clinique chirurgicale B.	WEISS

Clinique médicale A.	N...
Anatomie pathologique	N...
Physiologie	N...

Professeurs sans chaire:

Histologie	ARON
Anatomie	BELLOCQ
Anatomie pathologique	GERY
Clinique médicale A.	HANNS
Clinique psychiatrique	GELMA

Chargés de cours et agrégés:

MM. CALLOT	KLEIN	WARTER
KAYSER	SACREZ	THIVOLLE
ROMEY	GINGLINGER	P. MEYER
TULASNE	BARTHELME	E. FORSTER
Mlle ACHARD	WAITZ	M. WOLFF

Chargé d'un cours compémentaire:

M. ROEDERER

Professeurs honoraires:

M. STOLZ	M. CHAVIGNY	M. LERICHE
M. BOUIN	M. WEILL	M. SCHAEFFER
M. REEB		

Agrégés libres:

M. SIMON M. KREIS

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples, je promets et je jure au Nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aus lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. — Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs Enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MON MARI

LE LIEUTENANT-COLONEL PIERRE DUPAS

Officier de la Légion d'Honneur
En captivité

A MES PARENTS

A MA SOEUR

et à la mémoire de sa petite Catherine

A MES AMIS

Les Docteurs Marianne LANGLAIS

et Charles SANGUY

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. ROHMER

Professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de reconnaissance pour le précieux enseignement dont il m'a permis de profiter et la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. SACREZ

Chargé des fonctions d'Agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg

En remerciement pour l'aide qu'il m'a apportée dans ce travail et pour les conseils éclairés qui m'ont guidée dans la voie de la pédiatrie.

A MON JURY DE THESE

INTRODUCTION

Le service des Enfants Malades du Professeur ROHMER a été replié, depuis la guerre, de Strasbourg à Clermont-Ferrand. Par suite des mauvaises conditions d'hygiène, du manque de lait de femme d'une part, et d'autre part de l'état de débilité et d'hypotrophie d'une grande partie des enfants hospitalisés, les résultats ont été très différents de ceux que l'on observait à Strasbourg.

Pour ces raisons le Professeur ROHMER nous a demandé de faire une étude de l'organisation des conditions et des résultats de l'hospitalisation des nourrissons dans ce service de guerre.

Ces recherches nous permettront de faire quelques remarques critiques sur le fonctionnement du service de la Protection de l'Enfance en Auvergne.

DESCRIPTION DU SERVICE

Le Professeur ROHMER a assumé la direction médicale d'un pavillon du Service des Enfants Malades de l'Hôtel-Dieu en novembre 1940. Les premiers six mois ont été consacrés à l'organisation du service. On a augmenté le nombre des lits pour nourrissons, amélioré les installations du pavillon, installé une biberonnerie, un petit laboratoire clinique, un laboratoire de recherches, des chambres pour les médecins et les infirmières. L'école de Puériculture a été rouverte à Clermont et devait fournir au service des infirmières et des élèves infirmières.

Le Pavillon Tixier a été affecté à ce service. Il se trouve dans l'enceinte de l'Hôtel-Dieu entre les pavillons Maternité et Contagieux. Il est orienté est-ouest et mesure 46 m × 8 m, 50. Il ne comporte qu'un rez-de-chaussée, surelevé de 1 m, 45 servant à l'hospitalisation, et un sous-sol.

De l'entrée, médiane, façade ouest on pénètre dans le couloir central qui dessert en face, une pièce orientée à l'est et, de chaque côté, droit et gauche, le couloir traverse le pavillon desservant des pièces à l'est et à l'ouest et aboutissant à une grande salle. La pièce la plus centrale sert à la fois de salle de consultation, de salle de garde, de petit laboratoire pour les examens rapides et simples. A sa droite se trouve le bureau du Professeur avec la bibliothèque et les casiers d'observation, puis le petit bureau de la soeur de service.

A sa gauche a été installée la biberonnerie. Plus loin le couloir dessert, de chaque côté du pavillon quatre boxes pour les nourrissons. Enfin ce couloir se termine à l'entrée d'une grande salle prolongée par une verrière.

Le tout est bien éclairé par de vastes fenêtres, le sol est revêtu de carrelage.

Au sous-sol ont été aménagés un laboratoire, des chambres d'internes et de cheftaines.

ORGANISATION

Le meilleur parti possible a été tiré de ce pavillon trop petit, où les conditions d'hygiène indispensables dans un service de pédiatrie sont difficilement réalisables en période normale, à peu près impossibles avec toutes les restrictions imposées par la guerre et l'occupation.

En dehors des heures de visite un médecin est constamment de garde dans le pavillon.

Les soins sont assurés par deux cheftaines et des élèves infirmières au nombre de vingt environ, qui font un an de stage pour obtenir le certificat de Puériculture. Elles ont la tenue habituelle des infirmières: blouse et tablier blancs, voile.

Il y a pour chaque partie du service une cheftaine et environ six à sept élèves, les autres étant réparties à la biberonnerie, à la consultation externe et dans les services voisins de contagieux et de chirurgie infantile.

A chaque boxe est affectée une élève infirmière pour donner les soins nécessaires aux nourrissons. Le matin la toilette est le plus souvent faite dans les boxes car les deux salles de bains sont insuffisantes pour baigner tous les enfants. Les enfants sont changés après la toilette et après chaque biberon et, en plus, une fois la nuit donc en moyenne sept fois: ce n'est parfois pas suffisant, lors des dyspepsies et comme les pâtes à l'eau manquent, les nourrissons présentent souvent des érythèmes fessiers que l'on guérit difficilement.

Chaque grande salle contient 10 lits, la verrière 3 à 4 donc 26 à 28 lits pour les grands enfants, moitié filles moitié garçons. En général il y a 3 lits par boxe donc 24 lits de nourrissons. Chaque boxe mesure 4 m $\times$ 2 m, 40 soit 9 m^2, 60 et est limité par des cloisons vitrées de 2 m, 50 de hauteur, éclairé par une grande fenêtre, isolé du couloir par une porte vitrée.

Avec 3 nourrissons par boxe la tête de chacun est éloignée de celle du voisin par une distance de 1 m, 50 à 2 m, 20.

Le linge: draps, alèzes, chemises et brassières des enfants est fourni par l'Hôtel-Dieu mais en quantité souvent insuffisante pour le nombre d'enfants hospitalisés.

L'Hôtel-Dieu n'avait fourni qu'un petit nombre de langes, tout à fait insuffisant. En 1942 la Croix-Rouge américaine a fait don à Clinique de 1000 langes et pointes, et en 1943 la Croix-Rouge française de 500 langes, en rayonne cette fois. Depuis ces donations l'Hôtel-Dieu ne fournit plus de langes les réservant pour les autres services plus dépourvus. Mais avec l'usure rapide le nombre de langes en service est rapidement devenu insuffisant, surtout lorsque le nombre d'enfants hospitalisés est élevé.

Le lessivage se fait à l'Hôtel-Dieu mais il est brutal, abime beaucoup le linge et de plus le retour est assez long et l'on est obligé de laver un certain nombre de langes, ceux qui n'ont été souillés que d'urine, dans le pavillon même. Ceux-là ne sont pas bouillis, sont le plus souvent passés simplement dans de l'eau chaude additionnée de Dakin.

Les couvertures sont lourdes et épaisses. Nous n'avons pas de bonnes couvertures de laine chaudes et légères. Sur chaque lit se trouve un coussin couvrant l'enfant et sur lequel il reposera lors de l'examen.

L'isolement systématique à l'entrée est irréalisable. Dans les cas où il s'avère absolument indispensable il est fait, pour les grands enfants, dans la verrière qui prolonge la grande salle,

mais il n'a rien d'absolu. Il faut souvent mettre plusieurs enfants dans cette verrière et ceux de la grande salle y pénètrent facilement.

Pour les nourrissons il faut réserver un boxe pour celui qui risque de contaminer les autres et par suite mettre davantage de lits dans les autres boxes — donc les rapprocher.

L'asepsie est la meilleure possible pour les conditions matérielles actuelles. Il n'y a pas d'installation d'eau dans les boxes mais on a disposé dans les couloirs des cuvettes d'eau additionnée de Dakin dans lesquelles on se désinfecte les mains avant d'examiner en enfant.

Une blouse est pendue près de chaque lit de nourrisson, blouse que revet l'infirmière avant de toucher à l'enfant. Il n'est pas possible d'imposer le masque à tout le service, actuellement médecins et étudiants n'en portent en général pas. Les infirmières en portent dès qu'elles sont atteintes de rhinopharyngite, du moins théoriquement. Il est bien probable que le premier jour de l'infection, elles n'y ont souvent pas pris garde, n'ont pas porté de masque et peuvent donc infecter leurs petits malades.

Les visites ne pénètrent pas dans les boxes, mais souvent par manque de place, on est obligé de mettre des nourrissons dans la grande salle et les risques d'infection sont plus grands car les familles y entrent.

Les mouches sont assez abondantes en été et l'on n'en protège les enfants que par une pièce de gaze posée sur le lit. Il n'y a pas de grillage aux fenêtres.

Il n'y a pas de jardin isolé où l'on puisse sortir les enfants. Pour faire faire une cure d'air on ne peut que transporter le lit de l'enfant devant le pavillon, et le service des contagieux est proche.

La climatisation des salles d'hospitalisation n'est pas du tout assurée. En hiver le chauffage est très irrégulier, souvent insuffi-

sant. On y remédie dans la mesure du possible par des radiateurs électriques que l'on place dans les boxes des enfants particulièrement fragiles, des prématurés surtout, mais le service ne dispose que de peu de ces radiateurs. L'été le pavillon est très chaud et aucune installation n'a été faite pour modérer l'excès de la température. La verrière exagère ces défauts, glaciale en hiver malgré le chauffage, torride en été sous le soleil.

Il n'y a pas de salle d'allaitement. Les mères qui viennent allaiter leur enfant ne peuvent être installées que dans le couloir central. Celles qui n'habitent pas Clermont doivent être hospitalisées dans un service quelconque de l'hôpital. Elles ne peuvent l'être, bien entendu, dans le pavillon.

Toute l'alimentation est préparée à la biberonnerie. Cette biberonnerie dispose d'une seule pièce, elle est dirigée par une infirmière spécialisée aidée par une élève et par une femme de charge. Par un seul guichet ouvert dans la porte les élèves emportent les repas de leurs malades, rapportent les biberons vides, sans pénètrer dans la pièce. Tout se fait dans la même pièce: préparation aseptique des aliments, lavage des biberons sales... On prépare des différents coupages de lait de vache et décoction farineuse avec stérilisation à l'autoclave.

La cuisson des bouillies, des soupes épaisses se fait au gaz mais la pression est souvent insuffisante, parfois nulle à certaines heures et il faut utiliser les heures de pression même si elles ne correspondent pas exactement aux heures de repas ou aux heures de travail du personnel. La biberonnerie dispose d'une écrémeuse et d'une étuve électrique mais n'a pas de glacière. Matin et soir, le matin seulement le dimanche, des barres de glace sont apportées, mises dans un grand bac en zinc, près des biberons préparés. La glace du soir est fondue vers le milieu de la nuit: pendant 8 à 10 heures il n'y en a donc pas.

Le babeurre, le lait albumineux sont entièrement préparés par la biberonnerie.

Pour le babeurre, le lait est écrémé, de façon à ne conserver que 0,50% de matières grasses. Puis on stérilise et on ensemence. A Strasbourg on ensemençait le lait cru. Ce n'est guère possible à Clermont, le lait fourni par l'Hôpital s'étant révélé trop pollué.

Chaque mois une souche de ferment lactique est envoyée de Paris, par l'Institut Pasteur. Le premier ensemencement est fait, sur du lait stérilisé, au laboratoire.

Le laboratoire vérifie aussi chaque jour, l'acidité du babeurre, ainsi que, pour le lait entier, la teneur en matières grasses. La coagulation à l'étuve demande 10 à 12 h.

Malgré les difficultés la fabrication du lait albumineux a toujours été continuée car cette préparation rend de grands sercices. Mais ce lait albumineux n'est pas exactement ce qu'il était autrefois, car il a fallu par nécessité matérielle remplacer le nutro malt par du sucre ordinaire, la mondamine par une autre farine, qui varie souvent.

La prise du caillot par la présure est beaucoup plus lente que ce que l'on observe généralement: 8 à 10 heures au lieu d'une demi-heure.

La pulvérisation du caillot se fait à la main, sur un tamis, ce qui est un long travail. Nous n'avons pas, pour cette préparation, le matériel spécial d'une biberonnerie moderne.

Les autres aliments médicaments: gelée de riz, soupe au beurre, soupe de malt peuvent également être préparés. On utilise aussi les laits en poudre spécialement le Pélargon et, à titre d'essai, d'ailleurs très heureux, le lait sec entier Nesté non acidifié.

Malgré les difficultés de cuisson, de renouvellement du matériel, des changements frèquents de farine, une insuffisance du lait lorsque le nombre des nourrissons augmente, le plus grand

effort a été fait pour maintenir des aliments médicaments corrects.

Mais ces aliments ne peuvent remplacer le lait de femme qui seul peut sauver certains athrepsiques et nous n'avons jamais pu obtenir aucun apport de lait de femme dans le service, par la maternité ou les maisons maternelles.

CONDITIONS PHYSIQUES ET SOCIALES DES NOURRISSONS HOSPITALISES

Dans ce pavillon ont été hospitalisés

en 1941	67 nourrissons
en 1942	108
en 1943	136

Au total, pour les trois années 310 nourrissons.

Les causes d'admission les plus fréquentes sont les affections de l'appareil respiratoire, broncho-pneumonie surtout, et les dyspepsies (voir tableau 1 et 2).

En effet nous avons une proportion de 15 à 20% d'affections de l'appareil respiratoire, 16,59 % comme moyenne générale — avec une bonne moitié de broncho-pneumonies.

La proportion de dyspepsies est plus grande encore elle atteint 20 à 35 % et s'élève avec l'augmentation du nombre des hospitalisés.

La moyenne générale s'élève à 30,35 %.

Les troubles de la nutrition atteignent aussi un chiffre assez élevé: 12,17 % comme moyenne générale. Les hypotrophies, hypothrepsies provenant d'une mauvaise hygiène alimentaire ou d'infections antérieures sont relativement fréquentes.

Tableau 1

1941	MALADIES	Nombre	Mortalité
14	Broncho-pneumonie	7	4 (sans sulfam.)
	Bronchite capillaire	2	
	Bronchite	4	
	Rhino-pharyngite	1	
14	Dyspepsie simple	5	
	Dyspepsie grave	9	5 (4 sans sulfam.)
6	Vomissements	4	
	Rumination	1	
	Anorexie	1	
8	Troubles de nutrition:		
	Hypothrepsie	5	
	Hypotrophie	2	
	Débilité congénitale	1	
6	Rachitisme	4	
	Rachitisme + spasmophilie	2	
2	Tuberculose	2	1
	Méningite 1		
	Adénite fistulisée 1		
2	Heredo-syphilis	2	
3	Encephalopathie	3	1
2	Pyélite	2	1
4	Affections cutanées	3	
	Eczema	1	
2	Malformations cardiaques	2	1
1	Lymphatisme	1	
3	Raison sociale	3	
67			13 = 19,40 %

Tableau 1

1942	MALADIES	Nombre	Mortalité
16	Broncho-pneumonie	10	7 (3 sans thiazom.)
	Bronchite capillaire	2	
	Bronchite	2	
	Rhino-pharyngite	2	
2	Otite Antrite	2	1
39	Dyspepsie simple	17	
	Dyspepsie grave	15	5 (5 sans thiazom.)
	Dyspepsie + choléra	1	1
	Dyspepsie basse	3	
	Dystrophie lait vache	1	
	Entérite	2	1 (sans thiazom.)
4	Vomissements	2	
	Anorexie	1	
	Aérocolie	1	
8	Troubles de nutrition:		
	Athrepsie	1	1
	Hypotrophie	7	
4	Prématuration	4	
2	Rachitisme	2	
3	Tuberculose		
	Primo-infection	2	
	Méningite tuberculeuse	1	1
2	Heredo-syphilis	2	
7	Encephalopathie		
	Retard psychomoteur	4	
	Hydrocéphalie	2	1
	Encéphalite	1	
87			18

Tableau 1

1942 (Suite)	MALADIES	Nombre	Mortalité
87			18
1	Méningite lymphocytaire bénigne	1	
2	Myopathie	2	1
2	Pyélite néphrite	2	
2	Eczéma	2	
6	Affections cutanées	6	1 par dyspepsie grave
4	Malformations	4	1
2	Streptococcie	2	
1	Coqueluche	1	
1	Raison sociale	1	
108			21 = 19,38 %

Tableau 1

1943	MALADIES	Nombre	Mortalité
	Broncho-pneumonie	11	4 (3 sans sulfam.)
	Bronchite	1	
19	Asthme	1	
	Pyopneumothorax fétide	1	1
	Rhino-pharyngite	5	
1	Otite	1	
	Dyspepsie simple	16	
45	Dyspepsie grave	26	7 (5 sans sulfam.)
	Choléra	2	2 (1 sans sulfam.)
	Dyspepsie basse	1	
5	Vomissements habituels	4	
	Sténose phylorique	1	
23	Troubles de nutrition:		
	Hypothrepsie	8	
	Hypotrophie	15	1
1	Prématuration	1	1
5	Rachitisme 2 avec spasmophilie	5	
4	Tuberculose		
	Primo-infection	1	
	Méningite tuberculeuse	2	2
	Pneumonie caséeuse	1	
1	Heredo syphilis	1	
	Encephalopathie		
4	Retard psychomoteur	3	
	Hydrocéphalie	1	
108			18

Tableau 1

1943 (Suite)	MALADIES	Nombre	Mortalité
108			18
2	Méningite à pneumo	2	2 (albucide)
1	Myopathie	1	
9	Affections cutanées	7	
	Eczéma	2	
3	Malformations	3	
1	Péritonite à strepto	1	
1	Réaction lymphoïde	1	1
2	Hypotonie	2	
1	Varicelle	1	
3	En observation	3	
4	Raison sociale	4	
135			21 = 15,44 %

Tableau 1

	Les 3 années réunies MALADIES A L'ADMISSION	Nombre	Mortalité
49	Broncho-pneumonie	28	15 (9 sans sulfam.)
	Bronchite capillaire	4	
	Bronchite	7	
	Asthme	1	
	Rhino-pharyngite	8	
	Pyopneumothorax fétide	1	1
3	Otite-Antrite	3	1
98	Dyspepsie grave	50	17 (14 sans sulf.)
	Choléra	3	3 (1 sans sulf.)
	Dyspepsie simple	38	
	Dyspepsie basse	4	
	Dystrophie lait vache	1	
	Entérite	2	1 (sans sulfam.)
15	Vomissements habituels	11	
	Anorexie	2	
	Aérocolie	1	
	Sténose pylorique	1	
39	Troubles de nutrition:		
	Hypothrepsie	14	1
	Hypotrophie	24	1
	Débilité congénitale	1	
5	Prématuration	5	1
13	Rachitisme	9	
	Rachitisme + spasmophilie	4	
9	Tuberculoses		
	Primo-infection	3	
	Méningite tuberculeuse	4	4
	Pneumonie caséeuse	1	
	Adénite fistulisée	1	
231			45

Tableau 1

	Les 3 années réunies (suite) MALADIES A L'ADMISSION	Nombre	Mortalité
231			45
5	Heredo syphilis	5	
	Encephalopathies		
	Retard psychomoteur	10	1
14	Hydrocéphalie	3	1
	Encephalite	1	
	Méningite lymphocytaire		
3	bénigne	1	
	Méningite à pneumo	2	2
3	Myopathies	3	1
4	Pyélites néphrites	4	
16	Affections cutanées	16	1
5	Eczéma	5	1
9	Malformations	9	2
	Péritonite à strepto	1	
3	Streptococcie	2	
1	Lymphatisme	1	
1	Réaction lymphoïde	1	1
2	Hypotonie	2	
1	Varicelle	1	
1	Coqueluche	1	
3	En observation	3	
8	Raison sociale	8	
310			55 = 17,74 %

Tableau 2

		1941	1942	1943	les 3 années
Appareil respiratoire	Nb.	14	16	19	
	%	20,89%	14,81%	14,07%	16,59%
	mortalité	28 %	43,75%	26,31%	
Broncho pneumonies	Nb.	7	10	11	
	%	10,44%	9,25%	8,14%	9,27%
	mortalité	57,14%	70	36,36%	
Dyspepsies	Nb.	14	39	45	
	%	20,89%	36,11%	34,07%	30,35%
	mortalité	35,71%	17,94%	20 %	
Troubles de nutrition	Nb.	8	8	23	
	%	12,08%	7,4 %	17,03%	12,17%
	mortalité	0	12,5 %	4,34%	
Tuberculose	Nb.	2	3	5	
	%	2,98%	3,7 %	3,70%	3,46%
	mortalité	50 %	25 %	40 %	
Hérédosyphilis	Nb.	2	2	1	
	%	2,98%	1,85%	0,74%	1,85%
	mortalité	0	0	0	

Nb.: nombre de maladies.

%: pourcentage sur le nombre total d'admission.

mortalité: dans le groupe de maladie.

Par contre la tuberculose atteint un chiffre assez bas: 3,46% et l'hérédo-syphilis un chiffre tout à fait faible: 1,85 %.

On peut remarquer que nous avons aussi quelques admissions pour raison sociale — ce qui serait à éviter. En effet un enfant sain à l'admission peut souvent contracter des infections dans le service, mais comme il n'existe pas d'établissement où une mère malade puisse laisser son nourrisson, leur hospitalisation est pour le moment inévitable.

Parmi ces nourrissons hospitalisés à peu près 70% sont légitimes. La majorité des enfants illégitimes n'est pas abandonnée par la mère. Enfin pour un certain nombre d'enfants les conditions sociales n'ont pas été précisées. La plupart des enfants légitimes sont élevés par leur mère, alors que la majorité des enfants illégitimes sont en nourrice (Tableau 3).

C'est entre 1 et 6 mois que les hospitalisations sont les plus nombreuses — âge où les enfants souffrent le plus d'être privés du sein. L'alimentation au sein est relativement rare, même chez les enfants légitimes élevés par leur mère: 16 à 19 %. L'alimentation mixte assez exceptionelle. La plupart des enfants sont alimentés artificiellement.

Tableau 3

ENQUETE SOCIALE

1941		LEGITIMES	ILLEGITIMES non abandonnés	ILLEGITIMES abandonnés	CONDITIONS SOCIALES NON PRECISEES
Pourcentage total		70 %	10,44%	5,82%	13,43%
Elevé par la mère		39	3		4
Elevé par nourrice		8	4	4	5
Elevé au sein		9			2
Mixte		2			1
Allaitement artificiel		36	7	4	6
Etat général	B.	11	4		3
	A.B.	13	1	1	1
	Méd.	12	1	2	3
	Mauv.	11	1	1	2
Mortalité	Nombre	5	2	2	4
	%	10,63%	28,57%	50 %	44 %

Tableau 3

ENQUETE SOCIALE

1942		LEGITIMES	ILLEGITIMES non abandonnés	ILLEGITIMES abandonnés	CONDITIONS SOCIALES NON PRECISEES
Pourcentage total		68,51 %	12,96 %	12,03 %	6,48 %
Elevé par la mère		66	7		5
Elevé par nourrice		8	7	13	2
Elevé au sein		19	1		1
Mixte		4			
Allaitement artificiel		51	13	13	6
Etat général	B.	27	5	3	
	A.B.	11	1	2	3
	Méd.	20	3	4	2
	Mauv.	14	5	4	2
Mortalité	Nombre	15	0	6	0
	%	20,27 %	0	46,15 %	0

Tableau 3

ENQUETE SOCIALE

1943		LEGITIMES	ILLEGITIMES non abandonnés	ILLEGITIMES abandonnés	CONDITIONS SOCIALES NON PRECISEES
Pourcentage total		69,85%	17,64%	2,20%	9,55%
Elevé par la mère		90	5		6
Elevé par nourrice		5	19	3	7
Elevé au sein		19	1		3
Mixte		15	1		
Allaitement artificiel		61	22	3	10
Etat général	B.	39	4		2
	A.B.	16	5		3
	Méd.	24	8	2	7
	Mauv.	17	7	1	1
Mortalité	Nombre	14	4	2	1
	%	14,73%	16,66%	66,66%	7,69%
Mortalité moyenne pour les 3 années		15,21%	15,07%	54,27%	17,23%

Tableau 4

ALIMENTATION ARTIFICIELLE
(avant l'admission)

	ALIMENTATION CORRECTE			ALIMENTATION INCORRECTE	
	Lait vache	Lait conserve	Lait conserve puis l.vache	Alim. souvent changée	Mauvais coupages du lait de vache
1941	27	4	6	11	4
1942	29	24	5	15	7
1943	41	20	7	18	10

Le lait de vache est l'aliment artificiel le plus souvent employé, très généralement sans farine, mais on remarque qu'en 42 et 43 les laits de conserve ont été beaucoup plus employés qu'auparavant — ce qui s'explique par les difficultés actuelles pour se procurer régulièrement un bon lait de vache.

Enfin dans un certain nombre de cas, et surtout pour les enfants vomisseurs l'alimentation a été souvent changée. On rencontre des enfants qui à 6 mois ont reçu successivement: lait de vache — Nestlé — Pelargon — Gloria — soja etc. — sans pour cela que leurs vomissements cessent, du reste (Tableau 4).

L'état général de ces enfants est le plus souvent déficient. Un certain nombre sont en bon état général mais le plus souvent ils sont nettement hypotrophiques et la moyenne des poids à l'admission est toujours inférieure aux poids des tables de Pirquet-Kornfeld et même le plus souvent dans de fortes proportions (Tableau 5).

Par exemple pour les enfants de 3 mois en général le poids normal est de 5.250 g. Nous avons:

En 1941	une différence	de	1243 g	soit	23 %
„ 1942	„	„	925 g	„	17 %
„ 1943	„	„	1037 g	„	19 %

A 5 mois le poids normal est de 6.600 g.

En 1941	une différence	de	1260 g	soit	19 %
„ 1942	„	„	1439 g	„	22 %
„ 1943	„	„	2337 g	„	35 %

Une hypotrophie si importante et si générale est à première vue surprenante.

Elle peut s'expliquer par le défaut d'organisation de la protection de l'enfance dans la région. En effet s'il y a des projets, les réalisations sont encore peu nombreuses. Nous trouvons des consultations de nourrissons en nombre relativement grand à Clermont, quelques unes dans les agglomérations importantes et rien dans les campagnes. Partout où elles existent ces consultations sont dirigées par des médecins non spécialisés.

L'agglomération Clermont-Royat-Montferrand groupe 13 consultations de nourrissons. Il en existe 11 pour l'ensemble des villes moins importantes du département: Issoire, Riom, Ambert, Thiers, Messeix etc., et aucune pour les populations rurales.

Ces chiffres comprennent les consultations publiques et privées, qui fonctionnent du reste sans aucun organe directeur, sans coordination.

Même pour l'agglomération de Clermont-Ferrand l'ensemble des nourrissons est loin d'être surveillé medicalement. En effet, dans un petit secteur de la ville l'enquête d'une assistante sociale de la Clinique infantile de Strasbourg révèle que sur 34 familles 21 ne sont pas surveillées, 13 seulement le sont, soit 38 %.

Il n'y a dans tout le département aucune organisation de surveillance à domicile par des infirmières visiteuses averties de puériculture, et cette surveillance est à la base de la protection de l'enfance. Pour les catégories d'enfants soumis par la loi à un contrôle régulier on constate une hypotrophie d'égale grandeur au moins: enfants assistés, enfants placés en nourrice, tous ceux dont l'administration a la responsabilité directe.

Ces enfants il est vrai sont assez souvent tarés, mais une telle unanimité dans l'hypotrophie montre que l'organisation du contrôle est déficiente. Les assistantes sociales ne sont pas assez nombreuses ni spécialisées en puériculture, les médecins des omni-praticiens non spécialisés. La mortalité de 0 à 1 an n'est cependant pas très supérieure à la moyenne de l'ensemble de la France, puisque pour les années 38—40 elle est de 7,2 % pour la ville de Clermont, 7,4 % pour l'ensemble du département.

En 1937 la moyenne de mortalité infantile pour la France était de 6,7 %.

En Alsace et en Lorraine, la même année elle était de 6,2 %.

La mortalité infantile est donc de 0,7 % supérieure à la moyenne de la France, 1,2 % supérieure à celle de l'Alsace. Ces chiffres ne sont pas très élevés: ce qui domine donc c'est beaucoup plus l'hypotrophie des enfants que l'augmentation de la mortalité.

A leur sortie du service les enfants sont souvent plus hypotrophiques encore qu'à l'entrée. Si nous reprenons les enfants de 3 mois et de 5 mois nous aurons:

A 3 mois:

En 1941	une	différence	de	1404 g	soit	26 %
„ 1942	„	„	„	1287 g	„	24 %
„ 1943	„	„	„	1769 g	„	33 %

Tableau 5

MOYENNE DE POIDS A L'ADMISSION

AGE	1941			1942			1943		
	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence
0 à 1 m.	5	2.648	— 502	6	2.660	— 490	7	2.760	— 390
1 mois	4	3.167	— 583	10	3.522	— 228	14	3.172	— 578
2 „	10	3.508	— 922	17	3.794	— 706	22	3.615	— 885
3 „	9	4.007	— 1243	6	4.325	— 925	15	4.213	— 1037
4 „	6	5.033	— 966	10	4.999	— 1001	15	4.918	— 1078
5 „	6	5.340	— 1260	6	5.101	— 1499	7	4.263	— 2337
6 „	1	6.500	— 1200	9	5.266	— 1033	9	5.481	— 1819
7 „	2	5.415	— 2485	4	4.792	— 3108	5	5.632	— 2268
8 „	0			6	4.866	— 3634	9	6.014	— 2486
9 „	5	6.864	— 1936	4	6.692	— 2108	2	7.760	— 1035

Tableau 5

MOYENNE DE POIDS A L'ADMISSION

(Suite)

AGE	1941			1942			1943		
	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence
10 „	2	7.910	— 1290	3	6.343	— 2857	4	6.262	— 2938
11 „	2	7.910	— 1590	3	7.060	— 2440	0		
12 „	1	8.625	— 1175	7	7.411	— 2389	4	7.840	— 1960
13 „	2	6.480	— 3620	1	5.800	— 4300	6	6.187	— 3913
14 „	2	9.490	— 910	4	8.235	— 2165	3	8.713	— 1687
15 „	4	10.343	— 257	2	7.640	— 2960	6	7.882	— 2712
16 „	1	8.770	— 2130	3	7.430	— 3470	1	9.045	— 1855
17 „	1	8.700	— 2400	1	6.900	— 4200	1	10.650	— 450
18 „	0			6	10.560	— 740	4	9.166	— 2134

Tableau 6

MOYENNE DE POIDS A LA SORTIE

AGE	1941			1942			1943		
	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence
0 à 1 m.							2	2.735	— 415
1 mois	3	3.610	— 140	6	3.474	— 276	7	3.058	— 692
2 „	3	3.216	— 1284	11	3.422	— 1078	10	3.520	— 980
3 „	8	3.846	— 1404	10	3.963	— 1287	16	3.481	— 1769
4 „	6	4.570	— 1430	6	4.703	— 1297	13	4.500	— 1500
5 „	6	4.848	— 1752	12	5.337	— 1263	13	5.067	— 1533
6 „	4	6.165	— 1135	7	5.173	— 2127	10	5.032	— 2268
7 „	3	5.866	— 2034	4	5.232	— 1668	12	5.620	— 2280
8 „	6	5.906	— 2594	5	6.135	— 2360	7	6.331	— 2169
9 „	1	7.230	— 1570	4	6.230	— 2570	6	6.086	— 2714

Tableau 6

MOYENNE DE POIDS A LA SORTIE

(Suite)

AGE	1941			1942			1943		
	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence	Nb enf.	Moy. poids	différence
10 „	4	7.260	— 1940	5	6.191	— 3009	7	6.389	— 2811
11 „	8	7.746	— 1754	3	8.393	— 1107	2	8.130	— 1370
12 „	2	8.700	— 1100	11	7.141	— 2659	4	7.513	— 2387
13 „				3	6.927	— 3173	4	6.667	— 3433
14 „	1	10.900	+ 500	4	7.916	— 2484	6	7 678	— 2722
15 „	4	9.793	— 807	4	8.153	— 2447	4	7.902	— 2698
16 „	2	9.855	— 1045	4	7.272	— 3628	4	8.991	— 1909
17 „	1	10.700	— 400				2	9.260	— 1840
18 „	3	9.200	— 2100	6	9.650	— 1650	6	9.520	— 1780

A 5 mois:

En 1941 une différence de 1752 g soit 26 %
„ 1942 „ „ „ 1263 g „ 19 %
„ 1943 „ „ „ 1533 g „ 24 %

Ceci s'explique le plus souvent par les infections surajoutées qui provoquent des chutes de poids et souvent des dyspepsies secondaires. Et l'enfant convalescent sort avant d'avoir pu rattraper son retard de poids.

Cependant certains enfants qui font de longs séjours dans le service restent cependant hypotrophiques. Il est vrai qu'ils acquièrent souvent des infections successives et ne peuvent donc avoir une bonne courbe de poids.

Par exemple l'enfant Pierre D... entre à 5 mois. Il pèse à ce moment 5280 g, soit —1320 g = 20 %.

Il fait un séjour de 5 mois à la clinique pendant lequel il présente de nombreuses infections parfois graves: antrite opérée et des dyspepsies.

A la sortie il pèse 5860 g il n'a donc pris en 5 mois que 580 g, et la différence avec les Tables de Pirquet est alors de 3340 g soit 36 %. Mais l'enfant était sauvé. Nous l'avons du reste revu quelques mois plus tard et il avait en grande partie rattrapé son retard pondéral.

L'enfant Georges L... entre à 2 mois, pèse 4170 g donc peu hypotrophique, différence 330 g soit 7 %.

Il fait un séjour de 3 mois. C'est un „vomisseur" dont l'alimentation est un peu délicate à régler et de plus il contracte plusieurs infections.

A sa sortie il pèse 5640 g. Il a pris en 3 mois 1470 g. La différence de poids est de 960 g, soit 14 %.

L'hypotrophie a donc augmenté pendant le séjour. Mais elle

est dans ce cas beaucoup moins marquée que dans le cas précédent aussi bien à l'admission qu'à la sortie.

Un autre enfant Georges M... est hospitalisé à 8 mois pour dyspepsie et infection cutanée.

A l'admission son poids est de 4010 g soit 4490 g de moins que le poids normal; ce qui correspond à 52,70 %.

Son séjour est long car il fait des dyspepsies successives, réalimentées au lait albumineux, et quelques infections. Au bout de 4 mois il sort et pèse alors: 5250 g soit un déficit de 4550, correspondant à 45,40 %. L'enfant n'a rattrapé qu'une faible partie de son énorme retard pondéreal.

Pendant leur hospitalisation, surtout si le séjour se prolonge la plupart des enfants font des infections secondaires. Ces infections peuvent provenir d'un enfant voisin, de l'infirmière qui s'occupe de l'enfant, d'une personne du service. Le manque de masque, les difficultés d'isolement contribuent beaucoup à la propagation de ces infections. Bien souvent un enfant est apyrétique à l'admission, 5 à 6 jours après sa température s'élève aux environs de 38° et s'y maintient. L'enfant ne semble pas très affecté au début, à l'examen on trouve une gorge rouge et c'est tout. Mais quelques jours plus tard on voit la courbe pondérale s'abaisser, ses selles devenir nombreuses et mauvaises, l'enfant commence une dyspepsie post-infectieuse. L'infection est bénigne, évolue à bas bruit, mais les conséquences peuvent être graves. Parfois elle est d'emblée plus sévère et dans certains cas on en voit nettement le point de départ, sans cependant en trouver l'origine.

En voici un cas typique:

Le 1er Avril 1943 une infection éclate dans un boxe où se trouvent 3 nourrissons.

Le premier est un enfant de 2 mois entré pour une bronchopneumonie peu grave traitée par les sulfamides et nettement en

convalescence depuis 12 jours. Les sulfamides ont été arrêtées: apyrexie, courbe de poids ascendante, bonnes selles.

Le 1er Avril la température monte à 39°4. L'examen clinique révèle une rhinite sanguinolente la gorge est un peu rouge, le prélèvement ne décèle pas de Loeffler.

Le lendemain apparaissent les signes pulmonaires: râles humides aux deux bases, la température est à 39°5. On institue un traitement sulfamidé et toni-cardiaque.

L'état général s'aggrave. On ajoute de la lobeline au traitement déjà institué.

Le 3 Avril l'état de l'enfant est très mauvais. A la dyspnée intense s'ajoute de la cyanose, à la percussion on trouve une matité presque absolue dans le champ pulmonaire droit.

Le soir, l'enfant meurt.

Une broncho-pneumonie suraigue a emporté l'enfant en 48 h.

Le 2éme enfant du boxe âgé de 2 mois ½ avait été admis pour vomissements habituels et était apyrétique.

Le 1er Avril la température monte à 38°5, à 39°2 le 2 Avril. L'examen clinique révèle une rhinite purulente, une gorge un peu rouge, quelques râles humides dans le champ pulmonaire gauche. On institue un traitement sulfamidé. La température baisse progressivement. Le 8éme jour elle devient normale, l'infection s'attenue, les signes disparaissent, tout rentre dans l'ordre.

L'enfant a présenté un épisode infectieux qui a été jugulé par les sulfamides, l'état général a été peu atteint.

Le 3ème enfant est également âgé de 2 mois. Il a été admis pour dyspepsie grave avec quelques signes d'infection pulmonaire et très peu de température. On institue une diète avec réalimentation au babeurre et un traitement sulfamidé et en quelques jour l'état est très amélioré, la courbe de poids ascendante, les

selles deviennent meilleures. Alors que tout allait bien depuis 8 jours, le 1er Avril également la témperature monte à 38°3, une chute de poids s'annonce.

Un traitement avec thiazomide est aussitôt institué et tout rentre rapidement dans l'ordre.

De ces trois enfants qui ont présenté le même jour une infection deux étaient il est vrai infectés à l'admission, mais nettement en convalescence les derniers jours de Mars, le troisième n'était pas infecté.

Une telle simultanéité dans l'éclosion de l'état infectieux chez les trois enfants semble bien marquer un processus contagieux. Cette infection traitée de la même façon chez les 3 nourrissons évolue de façon différente, incident sans gravité pour deux d'entre eux, affection mortelle pour l'autre.

Plus souvent la nature de contagion est moins nette, les enfants s'infectent l'un après l'autre, après un séjour plus ou moins long dans le service.

Les infections secondaires les plus fréquentes sont les rhinopharyngites et les petites poussées thermiques dont on ne peut déterminer la nature, l'examen clinique restant entièrement négatif.

Beaucoup d'enfants, séjournant longtemps dans le service contractent plusieurs de ces petites infections, 3, 4 et même davantage.

Ce sont le plus souvent des infections bénignes, mais qui peuvent évoluer vers des formes graves et qui doivent donc être traitées précocement.

Nous remarquons aussi parmi ces infections secondaires, des pneumonies, des otites compliquées, des antrites, parfois mortelles malgré les traitements les plus énergiques.

On recontre aussi, par périodes des éclosions simultanées d'une maladie contagieuse, varicelle, coqueluche, surtout lorsqu'un enfant a été admis en période d'incubation et n'a pu être isolé d'une façon efficace.

Nous avons noté également chez les nourrissons une primo-infection en 1942 et une en 1943. On constatait aux mêmes périodes des virages de cuti-réaction chez des enfants plus grands. La source de contagion a été, probablement une veilleuse de nuit en 1942, un petit malade en 1943.

En 1942 une enfant de 2 mois entrée pour dyspepsie et dont la cuti était négative fait des rechutes de dyspepsie, ce qui nécessite un long séjour dans le service, et trois mois après l'admission la cuti était devenue positive. Pendant le reste du séjour cette primo-infection évolue de façon favorable.

En 1943 un enfant de 8 mois est admis pour athrepsie, sa cuti réaction est négative. Il reste dans le service pendant plus de 10 mois et au bout de 8 mois sa cuti est devenue positive. Son état général n'en semble pas très affecté jusqu'à son départ.

Les infections secondaires sont donc très fréquentes dans le service. Certaines sont graves. Malgré cela on ne peut dire comme le disait Archambault en 1880 et, cela a été vrai trop longtemps, „A l'Hôpital des enfants on meurt de la maladie qu'on y a contractée et non de celle pour laquelle on entre".

Le cas s'est cependant présenté. Nous avons 10 infections secondaires mortelles en 3 ans sur 310 nourrissons au-dessous de 18 mois (Tableau 7).

Tableau 7

1941

INFECTIONS SECONDAIRES

NATURE	Nb	Nb. de jours	Nombre d'enfants ayant fait: 1	2	3	4	+ de 4 infections de même nature	MORTALITE
Rhino-pharyngite	36	297	10	5	1		2	
Angine	11	55	3	4				
Bronchite	2	6	2					
Broncho-pneumonie	1	12	1					
Otite simple	20	331	10	3			1	
Otite compliquée	3	101	3					1
Antrite	1	8	1					1
Pyélite	3	38	1	1				
Infections cutanées	4	68	2	1				
Varicelle	7	passent aux contagieux	7					
Coqueluche	3		3					
Diphtérie nasale	1	24	1					
Nature indéterminée	55	275	13	6	2	2	3	

Tableau 7

1942

INFECTIONS SECONDAIRES

NATURE	Nb	Nb. de jours	Nombre d'enfants ayant fait: 1	2	3	4	+ de 4 infections de même nature	MORTALITE
Rhino-pharyngite	58	368	18	9	5		2	
Angine	31	147	25	5			1	
Bronchite	7	39	7					
Broncho-pneumonie	4	19	4					2
Otite simple	9	104	7	1				
Otite compliquée	1	10	1					1
Antrite	2	19	2					
Pyélite	2	15	2					
Entérite	1	92	1					
Infections cutanées	8	62	8					

Tableau 7

INFECTIONS SECONDAIRES

1942 (Suite)

NATURE	Nb	Nb. de jours	Nombre d'enfants ayant fait: 1	2	3	4	+ de 4 infections de même nature	MORTALITE
Varicelle	4	passent aux contagieux	4					
Coqueluche	10		10					
Diphtérie	1		1					
Scarlatine	1		1					
Rougeole	1		1					
Primo-infection	1		1					
Infection canal lacrymal	1	10	1					
Nature indéterminée	42	164	26	6			1	
Stomatite aphteuse	1	6	1					

Tableau 7

1943

INFECTIONS SECONDAIRES

NATURE	Nb	Nb. de jours	Nombre d'enfants ayant fait: 1	2	3	4	+ de 4	infections de même nature	MORTALITE
Rhino-pharyngite	45	374	23	6	1			1	
Angine	10	74	9	1					
Bronchite	6	39	6						
Broncho-pneumonie	6	58	6						2
Otite simple	13	154	9			1			
Otite compliquée	3	69	3						2
Pyélite	5	42	3	1					
Infections cutanées	6	55	6						
Varicelle	4	passent aux contagieux	4						
Diphtérie nasale	1		1						
Rougeole	5		5						
Primo-infection	1		1						
Nature indéterminée	82	414	27	18	3	1		1	1

Tableau 7

Les 3 années réunies

INFECTIONS SECONDAIRES

NATURE	Nb	Nb. de jours	Nombre d'enfants ayant fait: 1	2	3	4	+ de 4	infections de même nature	MORTALITE
Rhino-pharyngite	139	1139	51	20	7	2		3	
Angine	52	276	37	10		1			
Bronchite	15	84	15						
Broncho-pneumonie	11	89	11						4
Otite simple	42	589	26	4		1		1	
Otite compliquée	7	180	7						4
Antrite	3	27	3						1
Pyélite	10	95	6	2					
Entérite	1	92	1						
Infections cutanées	18	185	16	1					

Tableau 7

INFECTIONS SECONDAIRES

(Suite)

Les 3 années réunies

NATURE	Nb	Nb. de jours	Nombre d'enfants ayant fait: 1	2	3	4	+ de 4	infections de même nature	MORTALITE
Varicelle	15	passent aux contagieux	15						
Coqueluche	13		13						
Diphtérie	3		3						
Scarlatine	1		1						
Rougeole	6		6						
Primo-infection	2		2						
Nature indéterminée	179	853	66	30	5	4		4	1
Infection canal lacrymal	1	10	1						
Stomatite aphteuse	1	6	1						

Dans ce pavillon, qui ne jouit pas d'aménagements modernes l'indice d'infection est de:

2,96 pour 1941
3,60 „ 1942
3,32 „ 1943

et la moyenne générale est de 3,29 (Tableau 8).

Tableau 8

INDICE D'INFECTION

ANNES	Nombre d'enfants	Journées de maladie	Nombre d'infections	Indice
1941	67	4.923	146	2,96
1942	108	5.458	197	3,60
1943	135	5.862	195	3,32
Les 3 années réunies	310	16.234	538	3,29

L'indice d'infection représente le nombre d'infections contractées en 100 jours d'hospitalisation par 1 nourrisson.

A Strasbourg il était autrefois de 1,51 et est tombé à 1,0, après l'introduction du port de masques.

L'indice d'infection est donc un peu plus du triple de ce qu'il était à Strasbourg dans un service moderne.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

La mortalité a été en 1941 de 19,40 % avec 13 décès pour 67 hospitalisés.

En 1942, 19,38 % avec 21 décès pour 108 hospitalisés.
En 1943, 15,44 % avec 21 décès pour 135 hospitalisés.

La proportion des décès est plus faible chez les enfants légitimes qu'illégitimes. Elle est surtout très grande pour les enfants abandonnés, atteignant jusqu'à 50 % et plus, statistique faite sur un petit nombre il est vrai. Dans l'ensemble les statistiques de mortalité ne sont pas trop élevées malgré toutes les difficultés rencontrées.

Ces résultats ont été obtenus grâce aux traitements établis, traitement systématique des dyspepsies par la diète et les aliments de régime, traitement anti-infectieux par les sulfamides. Les sulfamides rendent en effet de grands services en pédiatrie. Les thiazomides employées dans le service sont en général très bien supportées par les nourrissons. On ne constate pas de modifications sanguines même après des cures prolongées et répétées.

Les intolérances digestives, vomissements, sont rares avec les thiazomides, plus fréquents avec les autres sulfamides.

Les thiazomides sont donc employées fréquemment à la dose de 0,20 à 0,30 et même 0,35 par kg de poids et par jour, pour juguler des affections graves, pour neutraliser des affections bénignes qui pourraient devenir graves.

Nous avons ainsi constaté une diminution de la mortalité des broncho-pneumoniques. En 1941 et 42, la thérapeutique sulfamidée

n'étant pas encore employée systematiquement nous avons eu une très grosse mortalité:

En 1941 57,44 % avec 7 cas
En 1942 70 % avec 10 cas

En 1943 cette énorme mortalité est tombée à 36,36% avec 11 cas. Il faut noter que ces statistiques sont établies sur un petit nombre de cas. Mais on remarque que parmi les enfants morts de broncho-pneumonie, la plupart n'ont pas reçu de sulfamides ou en ont reçu in extremis.

Ils n'ont pas eu ce traitement le plus souvent parce qu'ils ont été hospitalisés trop tard, parfois, surtout en 41 et 42, parce que leur affection paraissait bénigne à l'admission et s'est subitement aggravée.

Avec une utilisation plus systématique et plus prolongée en 1943 du traitement sulfamidé, la mortalité a baissé sensiblement.

Les 4 enfants morts en 1941 de broncho-pneumonie n'ont pas reçu de traitement sulfamidé, ont été hospitalisés trop tard.

En 1942 on note 6 décès par broncho-pneumonie. 3 n'ont pas reçu de sulfamides. Des 3 autres 2 étaient en très mauvais état général et après une amélioration par le traitement sulfamidé ont présenté une rechute avec mort rapide. Le dernier a présenté une forme asthénique de broncho-pneumonie et est mort après 4 jours de thiazomides.

En 1943, 4 enfants meurent de broncho-pneumonie. 3 ne reçoivent pas, ou seulement in extremis, de sulfamides. Le 4ème après une évolution favorable et une période de convalescence contracte une nouvelle broncho-pneumonie, qui ne cède pas au nouveau traitement sulfamidé.

Le traitement sulfamidé a été également souvent utilisé avec succès en association avec le traitement diététique dans les dyspepsies qui sont le plus souvent d'origine infectieuse et la

mortalité est tombée de 35,71 % en 1941 à 17,94 et 20 % en 1942 et 1943.

Des 5 décès par dyspepsie grave en 1941, 4 n'ont pas reçu de sulfamides.

En 1942 les 5 enfants décédés par dyspepsie grave n'ont pas été traités par les sulfamidés — un enfant mort de choléra infantile avait été traité mais était en état d'athrepsie et après amélioration son état s'est de nouveau aggravé et la mort n'a pu être évitée.

En 1943 sur 7 dyspepsies mortelles 5 enfants n'avaient pas reçu de thiazomides et sur 2 choléra un seulement avait été traité.

Il semble donc bien que les sulfamides et en particulier les thiazomides aient une action très favorable sur beaucoup d'infections du nourrisson, à condition toutefois que le traitement puisse être institué à temps et que l'enfant ne soit pas en état d'athrepsie trop avancé.

DISCUSSION

Ces traitements sont donc très probablement la cause de la faible mortalité, malgré les mauvaises conditions d'hygiène, malgré la manque de lait de femme, malgré l'état de nutrition déplorable de la plupart des enfants. Mortalité faible, surtout si on la compare à celle des anciens hôpitaux d'enfants, où pendant un siècle la mortalité a été effroyable.

Pour apprécier les résultats de ce service de guerre, nous pouvons les comparer à ceux qui ont été obtenus dans les Hôpitaux d'enfants, depuis leur création. Ceci nous amène à un aperçu historique qui nous montrera toute l'importance des questions d'hygiène de l'enfance; isolement, asepsie, alimentation appropriée, allaitement maternel, etc., et à une étude de l'organisation de la protection de l'Enfance en Alsace et en Moselle pour la comparer à celle de l'Auvergne.

Nous terminerons en exposant la façon dont la lutte pour la Protection de l'Enfance devrait être organisée.

Les hôpitaux d'enfants sont de création récente. C'est au début de 19è siècle que l'on a ouvert les premiers: à Paris en 1802, à Berlin en 1830, à St. Pétersbourg en 1834, à Vienne en 1837. En 1802 à Paris l'Hôpital des Enfants Malades fut ouvert aux enfants ayant plus de 2 ans.

Pour les nourissons, seul existait l'Hospice des Enfants Assistés pour les enfants abandonnés.

Dans cet établissement les enfants abandonnés étaient recueillis mais on ne savait pas les soigner, on ignorait tout de leur hygiène et la mortalité était énorme.

En 1879 Parrot était nommé Professeur de Clinique des maladies de l'enfance et le siège de la chaire était fixé aux Enfants assistés. A cette époque Lassègue disait à Marfan interne. „Je ne vous conseille pas d'aller dans le service Parrot. Vous y assisterez à une hécatombe d'enfants. Pourquoi meurent-ils? Cela reste souvent obscur. Parrot cherche mais il n'a pas encore trouvé. Vous n'étudierez guère avec lui que l'anatomie pathologique et encore une anatomie pathologique bien spéciale".

En 1885 Grancher succède à Parrot, Grancher était l'élève, l'ami et le collaborateur de Pasteur et il applique dans son service les principes d'hygiène et d'antisepsie et supprime ou tout au moins diminue dans une grande proportion les contagions de maladies infectieuses aigues.

Hutinel succède à Grancher en 1889 et pendant 20 ans poursuit la transformation du service avec un triple but:

— Lutter contre l'affection nosocomiale par la création de boxes et de pavillons situés en plein jardin et pouvant recevoir un petit nombre de malades, par des désinfections fréquentes.

— Améliorer le rendement de la nourriture par une réglementation plus judicieuse de l'allaitement, par des soins prodigués aux prématurés et aux débiles, par l'application stricte des mesures d'antisepsie et asepsie, par l'isolement des enfants atteints d'affections contagieuses, etc.

— Introduire en thérapeutique infantile l'hydrothérapie sous toutes ses formes.

D'autre part en 1889 une crèche fut ouverte à l'hopital des Enfants Malades pour les nourrissons à la demande d'Ollivier qui y était médecin.

Cette crèche répondait à un besoin social, car nombreuses étaient les mères qui travaillaient, étaient seules et ne pouvaient garder leur enfant. Elles le mettaient donc en nourrice, mais lors-

que l'enfant était malade il était rendu à sa mère et celle-ci l'amenait à la consultation. Avant la création de la crèche, l'Hopital des Enfants Malades ne pouvait prendre ces nourrissons et l'on conseillait à la mère de se faire hospitaliser avec l'enfant dans une crèche d'hôpital d'adultes; c'était pour la mère la perte de sa place, l'impossibilité de gagner sa vie... et malgré cela la mort à peu près certaine de son enfant. Aussi beaucoup n'acceptaient pas... et l'enfant, sans aucun soin, mourait dans une chambre quelconque... En créant cette crèche on pouvait assurer à ces petits malheureux la propreté, la chaleur, une nourriture aussi bonne que possible, avec le peu de connaissance que l'on avait de la diététique infantile. On adoucissait leurs derniers jours... on ne les sauvait pas.

Et cela permit aussi, comme aux Enfants Assistés, de rechercher les causes de cette effroyable mortalité, d'en étudier les remèdes. Cette crèche fut confiée en 1893 à Marfan, suppléant Grancher.

Les nourrissons étaient entassés dans 3 pièces assez exigues leurs berceaux se touchaient presque. Ils étaient nourris avec le lait commun de l'Hôpital, soignés par un personnel ignorant les règles les plus élémentaires de l'hygiène infantile. Mais peu à peu dans cette crèche furent aussi hospitalisés des nourrissons atteints de maladies curables, et qui contractaient de nouvelles infections et mouraient.

Quelques années plus tard Marfan créa la crèche Husson: petite crèche qui ne devait recevoir que 8 nourrissons qui seraient particulièrement soignés: alimentation au lait stérilisé, isolement par des boxes individuels, soins par des infirmières averties, chaque infirmière ne s'occupant que de 4 nourrissons.

La mortalité restait très élevée.

En 1898, malgré les boxes individuels récemment installés elle est de 41,30 %.

Les médecins demandèrent alors l'admission de la mère en même temps que de l'enfant, lorsqu'elle nourrissait. Dans ce groupe on obtint des résultats bien meilleurs, des guérisons fréquentes et rapides.

En 1904, la mortalité avait baissé à 23 %.

A la grande crèche des Enfants Malades où les transformations n'avaient pu encore être faites on notait une mortalité beaucoup plus élevée.

En 1900 . . . 59,55 %
En 1903 . . . 41,90 %

A l'étranger les chiffres n'étaient guère plus favorables:

A Berlin Charité Krankenhaus on note de 1874 à 1884 le chiffre de 78 %. Finkelstein constate 70 %.

Malgré les recherches scientifiques, les efforts des maîtres de la pédiatrie pour moderniser les services, les aménagements et transformations n'ont été que très lents et la mortalité est restée très longtemps très élevée.

A l'Hopital Hérold de 1905 à 1913 la mortalité s'élève à 41 %, de 1914 à 1916 à 29,9 %.

A l'Hospice des Enfants Assistés en 1921 elle est environ de 32 %.

A la crèche de la Clinique médicale infantile en 1910: 74 %; en 1913: 48 %.

A l'étranger on note des chiffres plus élevés encore aux mêmes époques:

Heubner nous donne . . . . . 80 %
à Vienne . . . . . 60 %
Aux Etats-Unis . . . . . 40 à 55 %

En 1919 la Société de Pédiatrie porte à l'ordre du jour la

question de l'hospitalisation des nourrissons et le rapporteur Weill-Halle déclare: „L'hygiène et la prophylaxie demeurent à peu près illusoires dans nos hopitaux d'enfants." Et pour remédier à cette situation la commission propose les améliorations suivantes:

1°) Consultation externe supplémentaire l'après-midi pour éviter l'encombrement.

2°) Salles d'attente avec isolement individuel.

3°) Transformation de tous les services médicaux et chirurgicaux de l'Hopital d'enfants de manière à y réaliser l'isolement individuel au moyen de boxes complets à lit unique.

4°) Education et choix du personnel soignant.

Dans les années suivantes un certain nombre de transformations furent introduites et la mortalité baisse progressivement.

A la crèche de Trousseau elle était de 41 % en 1922 et baisse à 35 % en 1926.

Aux Enfants abandonnés de Marseille on note des chiffres très nettement décroissants:

1920	57,32 %	pour 695 enfants
1925	30 %	
1929	12 %	
1932	6,70 %	pour 462 enfants
1934	2,32 %	

La crèche a été progressivement complètement réorganisée et l'on a de plus créé un abri maternel permettant aux mères d'être recueillies en même temps que leur enfant et de les nourrir au sein, ce qui est un gros facteur d'abaissement de la mortalité.

En 1927 Apert des Enfants Malades, insiste sur le danger d'hospitaliser des nourrissons pour des affections bénignes car

les infections secondaires sont encore fréquentes et souvent graves.

Cette question était étudiée depuis longtemps et l'on en avait recherché les causes.

Schlossmann avait pensé qu'avec un nombreux personnel on pouvait améliorer les résultats: les enfants pouvant ainsi recevoir des soins aussi constants que dans une famille, et il insistait aussi sur la nécessité de l'allaitement maternel. Cela contribuait à améliorer l'état général du nourrisson, à augmenter sa résistance, mais il fallait aussi s'attaquer aux causes mêmes de la surinfection, et pour cela isoler les enfants. Grancher lorsqu'il était aux Enfants Assistés avait établi entre les lits des nourrissons des cloisons virtuelles en grillage, tendues de linge imprégné de liquide désinfectant. Cette protection s'était révélée insuffisante.

Plus tard Lesage pensa que les infections se propagent par l'air et installa des boxes complètement fermés. Cette solution amenait des résultats, au point de vue infection mais elle avait l'inconvénient de créer „l'hospitalisme", ce marasme hospitalier, trouble psychique, produit par l'isolement, que l'on rencontre même chez les nourrissons, et qui porte atteinte à l'état général.

Le système de l'isolement par petites chambres divisées en boxes individuels par une arête centrale avec parois vitrées évite cet hospitalisme et la protection peut être heureusement complètée par le port de masques par tout le personnel.

Une clinique peut servir de modèle aux soins hospitaliers de nourrissons, celle de Strasbourg, très moderne, quoiqu'il ait fallu tirer parti de certains pavillons qui n'étaient pas destinés aux nourrissons.

Deux pavillons sont destinés aux nourrissons. Le service a été organisé en grandes salles avec boxes individuels demi-ouverts ces boxes sont groupés autour d'une épine centrale dont la

heuteur est de 2 m, 30, les parois latérales des boxes ont 2 m de haut; la partie supérieure est vitrée de sorte que la surveillance est facile, la profondeur de chacun est de 2 m, 30 la largeur de 2 m, 65. Cette disposition permet une aération large et diminue considérablement les risques de contamination d'un lit à l'autre par voie aérienne.

En effet on a expérimenté la possibilité d'infection de la façon suivante: ayant constaté l'absence de bacillus prodigiosus dans les voies respiratoires supérieures des enfants et du personnel on a ensuite badigeonné le nez et la gorge d'un enfant avec une culture de ce bacille. Des boites de Petri avec gélose ont été disposées dans tous les boxes pendant 24 heures et ensuite on a recherché le bacille dans les boites. On a ainsi constaté que le plus souvent le bacille ne se trouve que dans le boxe de l'enfant badigeonné, quelquefois dans le boxe voisin. Si l'enfant a de fréquentes et violentes quintes de toux la dissémination est beaucoup plus grande. Ce système de boxes demi-ouverts constitue donc une protection sérieuse mais non absolue. Le port du masque est obligatoire pour tout le personnel ce qui diminue de moitié environ les surinfections grippales.

Naturellement avant de soigner un enfant l'infirmière se desinfecte les mains, et revet le tablier spécial, placé près du lit de chaque enfant.

Le principe des couveuses pour les prématurés n'a pas été conservé car l'expérience a montré que les résultats sont meilleurs en les laissant dans une atmosphère aérée, à température convenable, et en les préservant avec soin de tous les risques d'infections.

Deux salles de la Clinique sont réfrigérées en été de telle sorte qu'on peut y maintenir une température constante de 20 à 22°, ce qui est précieux pour le traitement des enfants débiles, des infectés, des choléras, des coups de chaleur. Entre ces deux pavillons et communiquant avec eux par un large couloir a été

installée la biberonnerie, qui comprend une partie cuisine et une partie réserve et laboratoire.

La cuisine comprend 5 pièces avec côté impur et côté pur.

Du côte impur, par un guichet, arrivent les biberons vides et sales. Ils sont lavés à l'eau chaude puis stérilisés.

La préparation des aliments se fait dans 2 cuisines, la plus grande prépare les coupages ordinaires, bouillies, potages, la petite les laits fermentés: babeurre, lait albumineux.

La cuisson se fait au gaz ou à la vapeur. Des appareils très perfectionnés facilitent beaucoup le travail: marmites à vapeur, écrêmeuse-centrifuge électrique, étuve, autoclave à vapeur machine spéciale pour la préparation du lait albumineux. Dans la dernière pièce, côté pur, les biberons sont placés dans de grands bassins d'eau froide, courante, pour être tenus frais jusqu'au moment de la consommation.

Du côté réserve se trouve une chambre froide à 2° au-dessus de zéro dans laquelle on conserve le lait et les denrées périssables, et d'autres pièces pour les farines, les autres produits, un laboratoire pour le titrage du babeurre et l'analyse du lait. La clinique reçoit un apport régulier de lait de femme grâce à une entente avec la Maternité et les maisons maternelles. Cet apport est infiniment précieux pour le traitement des infectés, des prématurés.

Dans ce service installé de façon moderne, la mortalité était avant la guerre, pour les nourrissons de 13 % environ. Il faut noter que les sulfamides n'étaient pas encore utilisées mais il faut surtout insister sur le fait que beaucoup d'enfants nés dans de mauvaises conditions à la maternité voisine étaient amenés dans le service et y mouraient très rapidement: nouveaux-nés débiles, enfants ayant subi des traumatismes obstétricaux, prématurés. Dès la naissance l'enfant malade relevait du service de pédiatrie et non de la maternité. Cela contribuait beaucoup à la hausse de

la mortalité. Les enfants amenés du dehors, non nouveaux-nés étaient en général atteints de maladies aigues, parfois des cas graves, désespérés, mais leur état antérieur était bon.

La situation était donc très différente de ce que nous avons rencontré à Clermont-Ferrand où la presque totalité des enfants est nettement hypotrophique.

Il semble que cette différence soit dûe à l'organisation de la protection de la première enfance qui était très au point en Alsace alors qu'elle est tout au plus ébauchée actuellement en Auvergne.

Dès 1920 cette organisation était réalisée en Alsace sur la proposition du Professeur Rohmer et d'après ce programme:

1°) Grouper toutes les oeuvres privées en une association.

2°) Diviser le territoire en centres cantonaux.

3°) Instituer la visite à domicile par l'infirmière visiteuse sans distinction d'enfants protégés ou non.

Le groupement des oeuvres se fit par la création de l'Association Alsacienne et Lorraine de Puériculture. Toutes les personnes qui s'intéressent aux questions du puériculture, les crèches, gouttes de lait, consultations de nourrissons, refuges, dispensaires, départements, municipalité, sociétés industrielles, caisses de malades et de secours peuvent faire partie de cette association.

Chaque département est divisé en centres cantonaux de puériculture. Le centre cantonal, oeuvre autonome de création très variée (municipalité, croix-rouge, caisses d'assurances, suivant les cas), groupe toutes les oeuvres de protection du canton.

A sa tête se trouve un Comité local, formé des personnalités locales s'intéressant à la protection infantile, Comité ayant une action morale et financière. Le chef technique est le médecin in-

specteur du canton ayant sous ses ordres les infirmières visiteuses.

Le rôle du centre cantonal est l'application de toutes les lois d'assistance maternelle et infantile.

Il doit atteindre tous les enfants de son rayon d'action et non seulement les enfants officiellement protégés.

Le personnel comprend donc:

1°) Le médecin, conventionné, omni-praticien souvent, pédiatre lorsque c'est possible.

Pour les médecins non spécialisés un cours de 6 semaines, puis des séances de perfectionnement 6 fois par an étaient organisées. Mais le résultat de cette organisation n'a pas été très favorable. L'idéal serait évidemment d'avoir, partout, des médecins spécialisés.

2°) L'infirmière visiteuse, support réel de toute l'organisation qui est en contact permanent avec les mères et les enfants. Elle visite les femmes enceintes, tous les enfants protégés officiellement et aussi tous les autres, dans la mesure du possible.

Elle doit visiter les nourrissons à partir de la 2ème semaine, surveiller, encourager l'allaitement au sein, conseiller la mère pour l'allaitement artificiel. Elle assiste à la consultation de nourrissons surveille à domicile les prescriptions du médecin. La population lui fait vite confiance et elle a alors un grand rôle à la fois sanitaire et social.

Les tournées sont prévues à bicyclette ou à pied, elle ne peut alors visiter tout son secteur qu'une fois par mois. Dans les cas où une partie des visites peut se faire en auto celles-ci peuvent être plus rapprochées.

Les infirmières visiteuses sont diplomées d'état et formées à l'école d'infirmières de la Faculté de Médecine de Strasbourg ou

à l'école de puériculture de la Clinique infantile. Elles suivent ensuite, régulièrement, des cours de perfectionnement. Dans les écoles de tous les degrés on enseigne la puériculture.

Le budget propre de chaque centre cantonal est alimenté pour les $\frac{2}{3}$ par des subventions du département et de l'Etat, pour $\frac{1}{3}$ par ses ressources propres: subventions d'oeuvres privées des municipalités, fêtes, ventes de charité, etc.

Cette organisation a donné de très bons résultats:

Nous avons vu que pour ces trois départements d'Alsace et de Moselle soumis à cette organisation la mortalité moyenne des nourrissons était en 1937 de 6,2 %.

Pour la même année la mortalité des enfants suivis, dans la même région est de 3,1 %, la moitié de ce qu'elle est pour l'ensemble des enfants.

Le nombre d'enfants qui peuvent être suivis est très important:

Bas Rhin	84 %
Haut Rhin	92 %
Moselle	56 %

Les consultations de nourrissons étaient en 1938 de 432 pour la région. Malgré ce grand nombre, beaucoup d'enfants n'étaient pas présentés à cause de l'éloignement des communes, du trop grand trajet à parcourir pour que chaque mère puisse y amener son enfant.

Dans le Bas Rhin	43 % ont été présentés à la consultation
Dans le Haut Rhin	65 % ont été présentés à la consultation
Dans le Moselle	24 % ont été présentés à la consultation

Nous voyons que cette organisation permet de suivre beaucoup d'enfants, d'avoir par conséquent des nourrissons en meilleur état général, ayant une meilleure croissance avec une mortalité diminuée de moitié pour l'ensemble des enfants suivis, par

rapport à la mortalité infantile générale de la région. Cette organisation, jointe aux conditions favorables d'hospitalisation et aux traitements anti-infectieux par les sulfamides, doit permettre dans une région comme l'Alsace d'abaisser de nouveau d'une façon très appréciable la mortalité infantile lorsque des conditions de vie normale seront revenues.

Il y a cependant des améliorations à apporter, notamment dans le choix et la formation des médecins car il serait fort souhaitable que tous aient une réelle formation pédiatrique.

Malgré cela il y a en Alsace beaucoup à retenir pour la protection de l'Enfance dans d'autres régions de France et nous voyons l'énorme différence entre cette organisation et les quelques réalisations sporadiques d'Auvergne mentionnées plus haut.

Du point de vue de la protection de l'enfance diverses lois ont été promulguées depuis quelques années.

Le 3. Novembre 1939 un décret instituait dans chaque département un service médico-social ayant spécialement pour objet la protection de la maternité et celle de l'enfance.

Dans chaque département est créé un comité de la protection de la maternité et de l'enfance comprenant entre autres personnalités les professeurs d'obstétrique et de pédiatrie de la Faculté ou de l'école de Médecine, le président du tribunal pour enfants, un juriste spécialisé dans les questions concernant l'enfance malheureuse ou coupable. Le préfet est président le droit du comité. Le département est divisé en circonscriptions, et chaque circonscription comporte un centre de santé.

Ce centre de santé groupe toutes les installations et le personnel médical nécessaire pour les examens médicaux généraux et spéciaux donc:

médecin de circonscription
médecins consultants spécialistes
sages femmes
assistantes sociales diplomées d'état

dont le rôle principal est la protection de la maternité et de l'enfance mais qui prêtent également leur concours à l'inspection de l'assistance publique, aux caisses d'assurances sociales, etc.

Après accord avec le préfet toutes les institutions publiques ou privées qui concourrent à la protection de la maternité et de l'enfance peuvent recevoir des femmes enceintes, des mères, des enfants.

Ces institutions peuvent s'assurer le concours d'assistantes sociales de l'Etat à condition de subvenir aux frais afférent à la création de l'emploi.

Toutes les dépenses résultant du fonctionnement du service de protection de la maternité et de l'enfance sont inscrites dans le budget des dépenses du département.

Ce décret promulgué pendant la guerre fut bientôt suivi de l'invasion, et ne fut jamais appliqué.

Trois ans plus tard, le 16 Décembre 1942 une nouvelle loi, relative à la protection de la Maternité et de la première enfance était promulquée à Vichy.

L'organisation était régionale et chaque région divisée en circonscriptions dans le cadre du département lui-même subdivisé en secteurs.

La circonscription comprend un centre principal de protection maternelle et infantile et accessoirement des centres secondaires. Un directeur régional de la santé, un médecin inspecteur, assurent la direction de cette organisation qui, comme dans le cas précédent, groupe toutes les oeuvres publiques et privées s'occupant de la protection de la maternité et de l'enfance. La préfecture fait établir un fichier central de toutes les familles protégées par les organismes publics et privés.

Le certificat d'examen médical pré-nuptial devient oblicatoire mais est rédigé en termes très généraux.

Toute femme enceinte est conseillée et suivie par une assistante sociale et doit être examinée obstétricalement au moins deux fois pendant la grossesse.

La surveillance des enfants doit s'exercer jusqu'à l'âge de 6 ans et porte plus particulièrement sur:

— les enfants en nourrice ou en garde

— les enfants dont les parents sont secourus par l'état ou une caisse d'assurance ou d'allocations familiales

— les enfants dont les parents ont été condamnés en correctionnelle.

Ces enfants sont visités par une assistante sociale, surveillés régulièrement par les consultations de nourrissons. Lorsque l'assistante sociale à un moment quelconque constate pour une raison quelconque, une déficience dans la santé d'un enfant elle doit sans tarder faire intervenir le médecin agréé pour la protection de l'enfance. Les nourrices et gardiens sont placés sous l'autorité de l'inspecteur de la santé et du préfet. Chaque enfant est pourvu d'un carnet de santé qui doit être tenu à jour par les médecins et les assistantes sociales. Dans le cas d'allaitement mercenaire le contrôle médical assure la sécurité de l'enfant et de la nourrice, chacun devant être indemne de maladie contagieuse pour que le contrat soit admis légalement.

Dès qu'un enfant est placé en nourrice le maire de la commune doit être averti et dans les 48 heures doit prévenir l'assistante du secteur de façon à ce que celle-ci visite rapidement l'enfant.

Dans chaque circonscription, comme le prévoyait aussi la loi de 1939 est prévu un centre principal contenant les mêmes services que le centre de santé de 1939.

De plus la femme en couches a droit 4 semaines avant et 4 semaines après son accouchement à une allocation journalière, à condition qu'elle cesse pendant cette période tout travail supplémentaire à sa vie domestique.

La mère qui allaite reçoit une prime d'allaitement pendant 8 mois. Les dépenses inhérentes à cette organisation de protection sont inscrites au budget du département.

Cette loi promulguée pendant les années d'occupation, de restrictions et de difficultés de toutes sortes a pu être partiellement mise en exécution.

La loi de 1939, celle de 1942, l'organisation d'Alsace ont un certain nombre de points communs:

— groupement de toutes les oeuvres qui s'intéressent à la protection de la maternité et de l'enfance.

— formation de centres médicaux sociaux où sont réunis les différents services nécessaires à la mère et à l'enfant.

— consultations de nourrissons multipliées.

— éléments mobiles: assistantes sociales ou infirmières visiteuses.

Ces lois sont du reste insuffsantes et n'envisagent pas le problème dans toute son étendue.

Le Professeur Rohmer insiste sur la nécessité:

— de multiplier ces éléments mobiles

— de leur formation spécialisée en puériculture

— de médecins spécialistes pour enfants

si l'on veut obtenir une protection efficace de l'enfance.

L'infirmière visiteuse doit pouvoir visiter régulièrement, au moins une fois par mois toutes les familles et pour cela, avoir un secteur assez réduit, ou être pourvue d'une automobile.

Avec déplacements en automobile il faudrait environ 1800 assistantes sociales pour la France.

Seul ce moyen de contrôle peut atteindre tous les enfants des campagnes, les consultations de nourrissons même multipliées restant trop éloignées pour beaucoup de ruraux. Les assistantes sociales diplomées d'Etat doivent de plus avoir une formation spécialisée en puériculture.

„ Le rôle primordial de l'assistante sociale dans la protection de l'Enfance exige d'elle des connaissances solides en puériculture, sinon on créera des oeuvres inopérantes et de pure façade."

Le création toute récente des Ecoles de Puériculture dans chaque Faculté ou Ecole de Médecine et les stages obligatoires des infirmières d'Etat, des Assistantes Sociales et des sages femmes dans ces écoles répandra largement la connaissance de l'hygiène infantile.

Le Professeur Rohmer dans un rapport au Comité National de l'Enfance en 1943, met en lumière toute l'importance du rôle du médecin:

„Le rendement des oeuvres de puériculture dépend en première ligne du médecin. Chaque oeuvre vaut ce que vaut le médecin qui la dirige. La collaboration féconde entre le médecin et l'assistante a lieu à la consultation des nourrissons."

De cette conception découlent les conséquences suivantes:

„Une consultation de nourrissons ne doit jamais fonctionner sans médecin."

„Il faudra donc autant de médecins que d'assistantes sociales. Or c'est dans le recrutement des médecins que réside la plus grosse difficulté pour l'organisation rationnelle de la protection

de l'enfance; de tous les pays d'Europe et d'Amérique, la France est celui qui possède le moins de pédiatres."

Pour obtenir de beaux enfants et réduire à un chiffre très faible la mortalité infantile il faudrait donc une protection de l'Enfance par des organismes compétents, des services hospitaliers modernes où l'on applique les thérapeutiques récentes qui ces dernières années ont fait leurs preuves.

CONCLUSIONS

1) L'installation transitoire de la Clinique Infantile de Strasbourg dans le pavillon des Enfants Malades de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand d'une part,
la comparaison avec le fonctionnement du service de la Protection de l'Enfance en Auvergne et à Strasbourg d'autre part. Nous ont permis de tirer des conclusions qui, par delà le cadre régional dans lequel elles ont été établies peuvent présenter un intérêt général pour l'organisation de la Puériculture dans notre pays.

2) Les conditions dans lesquelles sont hospitalisés les enfants malades, et en particulier les nourrissons, dans le Pavillon Tixier de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand ne répondent, ni au point de vue de l'hygiène, ni au point de vue des soins et de l'alimentation, à celles qu'on est en droit d'exiger d'un service moderne.

Il manque:

— des boxes spacieux, bien aérés, ensoleillés, climatisés ou permettant l'adduction d'air refroidi en été, réalisant de façon efficace la protection des malades contre les infections du service,

— des salles de bains et baignoires en nombre suffisant, des terrasses pour les cures d'air,

— une biberonnerie moderne,

— des nourrices,

— un personnel soignant nombreux et spécialisé dans les soins à donner aux enfants.

3) La presque totalité des nourrissons admis dans le service présente, en dehors de la maladie qui a provoqué l'hospitalisation, un mauvais état général. Ceci témoigne de la défectuosité du contrôle des enfants du premier âge en Auvergne. Le contraste est frappant avec ce que nous voyions à Strasbourg où la protection des Enfants était bien organisée.

Il manque:

— une organisation qui, coordonnant les oeuvres de l'Enfance et amplifiant leur action, assure sous le contrôle de l'administration départementale, la surveillance effective de la presque totalité des enfants: (en 1938, 92 % des enfants étaient surveillés dans le Bas-Rhin, 84 % dans le Haut-Rhin),

— des médecins et des assistantes sociales spécialisées en puériculture et en médecine infantile.

Ce n'est que dans ces conditions que l'on pourra obtenir une baisse importante de la mortalité infantile.

4) A la suite des conditions défectueuses de l'hospitalisation les infections acquises dans le service sont très nombreuses. L'indice d'infection (nombre de surinfections contractées en 100 jours d'hospitalisation par un nourrisson) est de 3,29 alors qu'il était de 1,0 à Strasbourg. Ce sont principalement des rhino-pharyngites avec leurs conséquences: otites, broncho-pneumonies, pyétiles et surtout dyspepsies. Malgré cette fréquence des infections et malgré le mauvais terrain qu'offrent nos enfants dystrophiques et hypo-athrepsiques la mortalité totale n'a été, pour les nourrissons que de 19 % en 1941 et 1942 et de 15,40 % en 1943.

Nous attribuons ces résultats relativement favorables à côté des soins et des traitements alimentaires que nous avons pu assurer

à nos petits malades, au large emploi des sulfamides, qui ont, dans un grand nombre de cas, permis de juguler les infections.

Clermont-Ferrand, le 29 Décembre 1944

Vu le Doyen de la Faculté de
Médecine de Strasbourg:
André FORSTER.

Le Président de Thèse:
ROHMER.

Clermont-Ferrand, le 29 Décembre 1944

Vu et permis d'imprimer
Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg
André FORSTER.
Vice président du conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

APERT A. — Les enfants qu'il ne faut pas hospitaliser. Presses médicales 13—17—1927.

CASSOUTE E. — Le bilan de 25 années de lutte contre la mortalité infantile à Marseille. Le Sud Médical et chirurgical, t. LXV, n° 2, 15—2—1933.

CLEMENT Robert. — Prophylaxie des maladies contagieuses à l'intérieur des hopitaux d'enfants. Presse médicale 2—1—1937.

Vème Conférence de l'Association internationale de Pédiatrie préventive, Bâle Septembre 1935.

22ème Congrès d'hygiène Octobre 1935. Hospitalisation des enfants du ler âge.

JANCOU AXENTE. Le problème de l'hospitalisation des enfants du premier âge. Revue française de pédiatrie 1932, t. VIII, n° 2, p. 192.

MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance, Masson éditeur Paris 1926, Leçon inaugurale.

MATHIS Marcel. — L'organisation rurale de la Protection de l'Enfance en France, Imprimerie Jougla, Périgueux 1940.

NAVARRO J. CARLOS (Buenos Aires). — Hospitalisme du nourrisson. Le nourrisson 21ème année n° 3, Mai 1933.

NOBECOURT et BABONNEIX. — Traité de médecine des enfants, Masson éditeur, Paris 1934, t. 1. Introduction.

NOBECOURT et SCHREIBER. — Principes généraux de l'assistance et de l'hospitalisation des nourrissons malades. — Presse médicale 6—10—1920.

PFAUNDLER et SCHLOSSMANN. — Handbuch der Kinderheilkunde. Verlag von F. C. W. Vogel, Berlin 1931, t. 1. Introduction.

ROHMER P. — La clinique infantile et l'enseignement de la Pédiatrie à Strasbourg. Editions Universitaires de Strasbourg 1931.

ROHMER P. — Contribution à la prophylaxie des affections grippales dans les services de nourrissons. Extrait des Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, Séance du 15—1—1924 n^0 1, Janvier 1924.

Société de pédiatrie 24—6—1919. Mesures à prendre pour éviter la contagion dans les hopitaux d'enfants.

TABLE DES MATIERES

pages

INTRODUCTION 1

DESCRIPTION DU SERVICE 2

ORGANISATION 4

CONDITIONS PHYSIQUES ET SOCIALES DES NOURRISSONS HOSPITALISES 10

RESULTATS THERAPEUTIQUES 42

DISCUSSION 45

CONCLUSIONS 62

BIBLIOGRAPHIE 65